

ANNÉE 1927

THÈSE

N° 496

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR.

GUY ALLIN

Né à Gamaches (Somme), le 7 Août 1902

DES

OCCIPITO-POSTÉRIEURES

(Etude statistique

faite à la Maternité de Lariboisière)

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1927

THESE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40152002_0051

ANNÉE 1927

THESE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

GUY ALLIN

Né à Gamaches (Somme), le 7 Août 1902

DES

OCCIPITO-POSTÉRIEURES

(Etude statistique

faite à la Maternité de Lariboisière)

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—
1927

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie.	ROGER.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.	SICARD.
Pathologie chirurgicale.	LECÉNE.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	CARNOT.
Hygiène.	Léon BERNARD.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.	RATHERY.
	GILBERT.
Clinique médicale.	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANN E.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Professeur sans chaire.	ROUVIERE.
	BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.	HOVELACQUE.	Anatomie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.	JOYEUX	Parasitologie.
BASSET.	Pathologie chirurgi- cale.	LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
BAUDOUIN.	Pathologie médicale.	LARDENNOIS.	Pathologie chirurgi- cale.
BINET	Physiologie.	LEMAITRE.	Oto-rhino-laryngolo- gie.
BLANCHETIÈRE.	Chimie biologique.	LÉVY SOLAL.	Obstétrique.
BRULÉ.	Pathologie médicale.	LHERMITTE.	Pathologie mentale.
CADENAT	Pathologie chirurgi- cale.	LIAN.	Pathologie médicale.
CHAMPY.	Histologie.	MATHIEU.	Pathologie chirurgi- cale.
CHIRAY.	Pathologie médicale.	METZGER.	Obstétrique.
CLERC.	Pathologie médicale.	MONDOR.	Pathologie chirurgi- cale.
DEBRÉ.	Hygiène.	MOURE.	Pathologie chirurgi- cale.
I. de JONG.	Anatomie pathologi- que.	MULON.	Histologie.
DUVOIR	Médecine légale.	PHILIBERT.	Bactériologie.
ÉCALLE	Obstétrique.	RICHET Fils.	Physiologie.
FIESSINGER.	Pathologie médicale.	VAUDESCAL.	Obstétrique.
FOIX.	Pathologie médicale.	VERNE.	Histologie.
GARNIER.	Pathologie expéri- mentale.	VELTER.	Ophthalmologie.
HARVIER.	Pathologie médicale.		
HEITZ-BOYER.	Urologie.		

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
GOUGEROT.	Pathologie médicale.	RETTERRER.	Histologie.
GUÉNIOT.	Obstétrique.	TANON.	Pathologie médicale.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
AUVRAY.	Clinique chirurgicale.	LÉPER.	Clinique médicale.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT. . . .	Clinique chirurgicale
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LE LORIER. . . .	Clinique obstétricale.	RIBIERRE	Clinique médicale.
LEREBoullet. .	Clinique médicale in- fantile.	SCHWARTZ. . . .	Clinique chirurgicale.
		VILLARET. . . .	Clinique médicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . .	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adul- tes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS
ET DE MON PARRAIN

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Bien faible témoignage de reconnais-
sance.*

A MA SOEUR

AUX MIENS ET A MES AMIS

A M. PATIN, Ex PRINCIPAL
ET A MES PROFESSEURS DU COLLÈGE
D'ABBEVILLE

A MES MAITRES DES HOPITAUX
ET DE L'ECOLE D'AMIENS

A MES MAÎTRES DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR COUVELAIRE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON VÉNÉRÉ MAÎTRE

M. LE DOCTEUR DEVRAIGNE

ACCOUCHEUR DE LARIBOISIÈRE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR.

Avant-Propos

Pendant bien longtemps les accoucheurs ont été unanimes à proclamer que la marche et la durée de l'accouchement dans les variétés occipito-iliaques postérieures étaient toutes différentes de celles des variétés antérieures. Les postérieures étaient de « mauvaises positions ». Les auteurs aujourd'hui classiques ont réformé cette opinion tout en admettant toujours une durée un peu plus longue, un pronostic un peu plus sérieux pour les occipito-postérieures. Un travail récent du D^r Merken, de Bruxelles, basé sur une statistique faite à la Maternité de Lausanne, vient présenter sous un jour tout nouveau cette question. Ses opinions paraissant, sous certains points, en désaccord complet avec les théories jusque-là admises, notre Maître, M. le D^r Devraigne, a pensé qu'il serait intéressant de vérifier le bien-fondé de ses dires et nous a proposé comme sujet de thèse une étude parallèle, à la Maternité de Lariboisière.

Notre statistique porte sur les 8.200 accouchements qui se sont produits à Lariboisière depuis 4 ans $\frac{1}{2}$.

Nous avons apporté à ce travail de classification et de statistique le soin le plus minutieux dû autant à l'intérêt que nous portons à ce sujet, qu'à l'attachement et au respect que nous avons pour notre Maître.

Après quelques lignes d'historique nous allons exposer le mécanisme du travail particulier aux variétés postérieures de la présentation du sommet puis la durée du travail et la terminaison de ces accouchements. Nous publierons un tableau complet de nos statistiques et nous terminerons par la conduite à tenir.

Avant d'entrer dans notre sujet nous voudrions cependant jeter un regard ému sur les années d'études que nous avons passées d'abord à Amiens puis à Paris, sous la direction de tant d'excellents maîtres des hôpitaux et de la Faculté. Qu'il nous soit permis d'acquitter notre dette de reconnaissance envers tous ceux qui ont participé à notre éducation médicale. Que M. le Professeur Couvclaire, qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre jury de thèse, veuille trouver ici l'assurance de nos hommages respectueux et reconnaissants.

Nous n'oublierons jamais les nombreuses et si agréables matinées passées dans le service du docteur Devraigne, ses interrogations amicales, ses causeries familières, son amour de l'enseignement, sa sûreté de diagnostic comme son brio opératoire. Puisse-t-il trouver dans cette thèse, l'expression de notre sincère reconnaissance.

Historique

Les anciens accoucheurs ont toujours considéré comme vicieuses les variétés postérieures de la présentation du sommet.

MAURICEAU, lorsqu'il énumère les causes par lesquelles « le travail des femmes est beaucoup prolongé et rendu laborieux » insiste sur la position « face au-dessus ».

HENRY DE DEVENTER reconnaît que si l'enfant a la face au devant, il viendra plus difficilement si la matrice est mal située. Dans le cas contraire, « l'enfant viendra aussi heureusement que s'il avait le visage en arrière », opinion moins pessimiste.

PUZOS considère comme rares les occipito-postérieures (2 %) et semble baser sur la longueur du travail le diagnostic de ces variétés.

DE LA MOTTE trouve que l'accouchement est plus long mais que la mortalité infantile n'est pas augmentée.

ROEDERER et SMELLIE pensent que cet accouchement est « contre nature » et ce dernier recommande l'emploi du forceps pour la rotation ainsi, du reste que plus tard, VELPEAU le recommandera.

« il faut s'armer de patience » nous dit Mme BOIVIN.

Nous pourrions nous arrêter longtemps aux citations de BAUDELLOCQUE, Mme LA CHAPELLE, MAYGRIER, CAZEAUX et DEPAUL qui tous réservent le pronostic de durée pour les occipito-postérieures, mais nous préférons relever cette opinion de TARNIER : « Les contractions utérines, dit-il, sont « irréguliè-
« res, l'orifice utérin se dilate difficilement. La len-
« teur du travail amène une grande fatigue géné-
« rale, l'épuisement de la parturiente, l'inertie de la
« matrice et quelquefois secondairement, l'hémor-
« ragie après la délivrance. A ces inconvénients
« il faut joindre des déchirures de la commissure
« postérieure de la vulve. C'est particulièrement
« dans ces circonstances que l'on observe les ruptu-
« res centrales du périnée et ces déchirures étendues
« qui comprennent le sphincter anal et la cloison
« recto-vaginale » :

M. le Professeur DEMELIN dans « le Manuel de l'Accoucheur » (Demelin et Devraigne) met le praticien en garde contre une erreur de diagnostic trop fréquente :

« On a créé de toutes pièces une dystocie des occi-
« pito-iliaques gauches postérieures, exagération
« qui s'explique par les motifs suivants : la formule
« classique — et fâcheuse — est que l'O I G P est
« rare ; imbu de cette « rareté » théorique le prati-
« cien incline à reconnaître une variété antérieure
« dans toute position gauche ; et, s'il est appelé à

« mettre le forceps, il prend la tête asymétrique-
« ment, exerce des tractions excessives qui ont pour
« conséquence des déchirures sérieuses de la mère
« et des accidents souvent mortels pour le fœtus.
« Or il y a là **une dystocie non de position, mais de**
« **diagnostic** ». Il pense, en outre, que le dégage-
« **ment en occipito-sacrée** vient aussi bien d'une oc-
« cipito-postérieure primitive que d'une antérieure.

Il nous parle d'épidémies d'occipito-sacrées entre les mains d'accoucheurs qui déterminaient eux-mêmes l'anomalie et nous rassure sur le pronostic de ces positions dont « le dégagement se fait plus
« souvent spontané qu'artificiel : l'accouchement
« est donc normal, achevé par les seules forces de la
« nature et sans complications dans la proportion de
« deux fois sur trois ».

Le D^r MERKEN, avec sa statistique datant seulement de quelques mois, vient un peu bouleverser les idées que nous avons toujours entendu professer, surtout au point de vue de la fréquence relative des diverses variétés de la présentation du sommet. De plus, pour lui, la durée et le pronostic des occipito-postérieures sont à peine différents de ce que l'on voit dans les antérieures, mais il nous étonne lorsqu'il déclare : « *L'accouchement des occipito-*
« *iliaques postérieures par rotation en occipito-sa-*
« *crée est pratiquement aussi favorable que celui*
« *par rotation en occipito-pubienne* ». Il nous donne aussi des directives pour les applications de forceps dans ces diverses variétés.

Nous reviendrons sur ces idées dans chacun des chapitres qui leur correspondent et nous comparerons nos statistiques à celles du D^r Merken.

Etude clinique de l'accouchement dans les occipito-postérieures

Notre étude clinique se rapportera aux phénomènes :

Maternels,
Ovulaires,
Foetaux.

Phénomènes maternels :

Ce sont des contractions douloureuses prolongées : la douleur s'irradie vers la région lombaire et souvent même atteint là son paroxysme ; les femmes disent qu'elles accouchent « par les reins ».

La dilatation du col ne se fait que lentement et irrégulièrement, la tête foétale appuyant mal sur cet orifice, et fréquemment le toucher y révèle de l'œdème principalement au niveau de la lèvre antérieure du col.

Phénomènes ovulaires :

Au lieu d'être plate comme dans les antérieures, la poche des eaux bombe plus ou moins.

Nous avons noté plus souvent — comme les autres auteurs — sans en établir la proportion, la rupture précoce ou prématurée des membranes.

Phénomènes fœtaux :

La déformation osseuse de la tête du fœtus est accentuée, le chevauchement des pariétaux l'un sur l'autre étant considérable : la tête se trouve allongée verticalement, revêtant la forme d'un pain de sucre.

Si la rotation s'est faite irrégulièrement, une des bosses pariétales peut se trouver reportée en avant et l'autre en arrière, donnant lieu à ce que l'on appelle « la distorsion latérale de Barnes ».

Enfin la bosse séro-sanguine se trouve située, en position O I D P, sur la partie antérieure du pariétal gauche, tandis qu'en O I G P, elle se trouve sur le pariétal droit. Elle est souvent très volumineuse.

Etude mécanique de l'accouchement dans les occipito-postérieures

Notre étude mécanique décrira successivement le
temps d'engagement :

Accommodation au détroit supérieur ;

Engagement proprement dit.

Puis le *temps de dégagement* :

Accommodation au détroit inférieur ;

Dégagement proprement dit.

I. TEMPS D'ENGAGEMENT.

1°) *Accommodation au détroit supérieur.*

C'est ce qu'on appelle aussi « les phénomènes préparatoires de l'engagement. Ils consistent en une orientation de la tête fœtale dans le sens du plus grand diamètre maternel ; pour cela, le fœtus va faire une « *rotation d'engagement* » qui va amener l'occiput à l'extrémité d'un des diamètres obliques du détroit supérieur, l'oblique gauche

dans la majorité des cas, ce qui fait qu'en pratique on considère que les positions « dos à droite », doivent donner des O I D P tandis que les « dos à gauche » donnent des O I G A. On explique l'engagement plus fréquent dans le diamètre oblique gauche par la présence en arrière et à gauche du rectum, qui, par sa réplétion, repousse l'occiput ou le front à droite et en avant. De plus, on admet que le diamètre oblique gauche est légèrement plus grand que le diamètre oblique droit.

En réalité, le sommet s'engage assez fréquemment suivant le diamètre oblique droit. De nombreux auteurs par des statistiques ont tenté de le montrer et ont indiqué la fréquence relative de chacune de ces 4 positions (G A, G P, D A, D P). Nous n'en citerons pour mémoire que quelques-unes et nous insisterons surtout sur celles de M. Merken.

Puzos n'évaluait qu'à 2 % le nombre des variétés postérieures de la présentation du sommet.

Le D^r Santex (de St-Sever) dont l'important ouvrage a été distingué et honoré par l'Académie de Médecine, donne les chiffres suivants à rapprocher de celui de Puzos.

Antérieures : gauches, 83 % ; droites, 13 %.

Postérieures : gauches, 0,95 % ; droites, 2,03 %.

Il est intéressant de citer les résultats obtenus par Bataillard qui a fait sa thèse il y a 38 ans, sur le même sujet que le nôtre et dont la statistique a, elle aussi, été faite à la Maternité de Lariboisière.

Il a trouvé :

OIGA	61,32 %	OIDA...	0,94 %
OIGP	10,47 %	OIDP....	26,70 %

MM. Demelin et Devraigne dans leur « Manuel de l'Accoucheur » donnent des chiffres très rapprochés de ceux de Bataillard.

OIGA	60 %	OIDA..	1 %
OIGP	9 %	OIDP..	30 %

M. Merken qui a examiné à la Maternité de Lausanne, 3.180 présentations occipitales les a classées de la façon suivante :

3.080 antérieures dont :

851 droites = 26,76 %

2.229 gauches = 70,09 %.

Contre 100 postérieures dont :

71 droites = 2,23 %.

29 gauches = 0,91 %.

Chiffres qui renversent les opinions classiques donnant comme exceptionnelle la position droite antérieure. M. Merken, du reste, se rendant compte de la divergence existant entre ces résultats et les résultats généralement admis, les compare avec ceux donnés par Pinard et Lepage qui sont complètement différents : OI DP = 24, 65 % et OI GP = 5, 10 %.

« L'examen de nos chiffres, nous dit-il, met en évidence un point important : le nombre considérable des positions droites antérieures. Celui-ci, en

« effet, s'élève à 26,76 %. Il s'agit ici de femmes
« examinées au cours du travail de l'accouchement
« et dont les statistiques de Pinard et Lepage éla-
« blissent le taux à 0,95 %, avec cette différence que
« nous y assimilons les O I D T, ce qui, dans la sta-
« tistique de Pinard, élèverait le chiffre à 4,55 %.
« Nos chiffres expriment donc le taux des O I D A et
« O I D T réunies. Nous n'avons pas recherché le
« chiffre de ces présentations au cours de la grossesse,
« se, persuadés que l'examen pratiqué à ce moment
« est sujet à caution au moment où l'on assiste à la
« rotation de la tête fœtale, et que, d'autre part, le
« diagnostic de position droite antérieure se fait
« bien plus souvent au cours de la grossesse qu'au
« cours du travail parce que l'on manque à ce mo-
« ment d'un élément précieux de diagnostic : le ré-
« sultat du toucher. Enfin, chez les multipares, le
« diagnostic fait avant l'engagement ne peut être
« pris en considération, car on allèguera facilement
« un changement de position de l'enfant au dernier
« moment. Mais, d'autre part, ces chiffres sont
« d'une rigueur que permet d'obtenir la précision
« des méthodes d'observations pratiquées à la Ma-
« ternité universitaire de Lausanne. Une femme en-
« tre-t-elle en travail, elle est immédiatement trans-
« férée du service des gravides à la salle d'accouchement,
« où le médecin préposé pratique un examen
« complet de la parturiente destiné à contrôler
« « l'examen au cours de la grossesse » dont le rap-
« port est présent au dossier de toute entrante, sau-

« pour les cas d'urgence évidemment. L'examen
« pratiqué à ce moment est également noté au dossier, ainsi que tous les examens ultérieurs, soit au
« moment de la rupture de la poche des eaux, soit
« au cours de la période expulsive, etc. Les rapports
« émanent tous de médecins, chaque toucher est
« pratiqué à la suite du médecin interne par deux
« stagiaires candidats en médecine et deux élèves
« sages-femmes.

« Le taux des O I G A dépasse d'environ 10 % celui de la statistique Pinard et Lepage. Il en résulte que le taux de nos occipito-iliaques postérieures droites ou gauches se trouve considérablement
« réduit et ramené de 29,76 % (24,65 % O I D P + 5,11 % O I G P) pour Pinard et Lepage à 3,14 %
« (2,23 % O I D P + 0,91 % O I G P) ».

Notre statistique est loin de confirmer celle du Dr Merken. Bien au contraire, elle exagère les données classiques qui veulent que l'engagement dans le diamètre oblique droit du détroit supérieur soit rare : avant de donner nos chiffres, nous ferons remarquer que, comme à la Maternité de Lausanne, chaque parturiente possède à son dossier une fiche sur laquelle sont mentionnés tous les examens pratiqués au cours de sa grossesse (si elle a été suivie à Lariboisière naturellement). Chaque femme est examinée à son entrée sinon par un interne, du moins par une sage-femme expérimentée.

Ceci dit, voici nos chiffres.

Présentations du sommet, 6.442, dont :

O I G A	4.609	soit	71,54 %
O I D P	1.787	soit	27,73 %
O I G P	25	soit	0,38 %
O I D A	21	soit	0,32 %

Quel que soit le diamètre suivant lequel s'accommode l'occiput, la tête ne peut encore s'engager : elle doit auparavant s'amoindrir. *L'amoindrissement* de la présentation ne se fait que d'une façon très imparfaite dans les positions postérieures. Il est dû ordinairement à la flexion de la tête tendant à remplacer le diamètre occipito-frontal par un diamètre sous-occipito-bregmatique, mais cette flexion étant incomplète, dans les positions postérieures, la tête ne se présente en général que suivant un diamètre sous-occipito-frontal plus grand. Il y a donc défaut de flexion dès le début du travail et cette attitude vicieuse ne fera que s'accroître au fur et à mesure que la tête fœtale sera poussée par les contractions utérines vers l'excavation pelvienne. De nombreuses théories ont essayé d'expliquer ce défaut de flexion ; la plus rationnelle nous semble la suivante, basée sur l'anatomie du bassin osseux : il existe à la partie postérieure du bassin un espace libre dû à l'incurvation du sacrum. C'est là que vient se loger l'occiput au lieu de buter contre le plan résistant de l'arc antérieur du pubis ; la tête, mal soutenue, se fléchit mal. Si les deux mouvements précédents, orientation et flexion, ne suffisent pas à accommo-

der la tête au détroit supérieur, le tassement ou no-
delage de cette dernière peut en diminuer le volu-
me. C'est ce tassement compensateur du défaut de
flexion qui inflige à la tête fœtale l'exagération des
déformations habituelles propres à la présentation
du sommet et que nous avons signalées dans notre
étude clinique.

2) *Engagement proprement dit ou descente dans
l'excavation.*

La descente de la tête, bien orientée mais mal flé-
chie dans l'excavation, ne présente, en général, rien
de bien anormal. On note cependant, la plupart du
temps, une augmentation de la durée de cette pério-
de. Elle est toujours due au défaut de flexion de la
tête qui, de ce fait, présente des frottements plus ou
moins rudes contre les parois de la filière pelvienne.

II. TEMPS DE DÉGAGEMENT.

1°) *Accommodation au détroit inférieur* (ou phé-
nomènes préparatoires au dégagement).

Elle comprend la flexion et la rotation.

La flexion nécessaire à l'accommodation des po-
sitions antérieures l'est encore plus dans les variétés
postérieures. En effet, la tête mal fléchie serait dans
l'impossibilité de pivoter sur elle-même car ses di-
mensions excéderaient celles de cette région du bas-
sin. La flexion, que nous avons vue insuffisante lors
de l'engagement et de la descente dans l'excavation,

se complète de la façon suivante : lorsque la tête arrive sur le plancher pelvien, la sangle pelvi-périnéale, par sa résistance plus encore que par ses contractions, agit sur le front de façon plus énergique que sur l'occiput, le bras de levier frontal étant plus long que l'occipital. « Le front se relève, l'occiput s'abaisse, en un mot la tête se fléchit, rendant ainsi possible la rotation de dégagement ». (Dubrisay et Jeannin). La *rotation* de dégagement vise à amener les diamètres antéro-postérieurs de la tête fœtale (les plus longs) à coïncider avec le plus grand diamètre de la mère, l'antéro postérieur. Il y a 2 positions, suivant que l'occiput tourne en arrière O.S., ou en avant O.P. Cette deuxième éventualité est de beaucoup la plus fréquente.

α) La rotation en O.P est de 135° ou $3/8$ de circonférence, 3 fois plus importante que pour les occipito-antérieures. L'occiput passe successivement par l'extrémité du diamètre transverse, par l'extrémité antérieure du diamètre oblique et vient enfin se loger sous la symphyse.

β) La rotation qui transforme une postérieure en sacrée est de 45° . Elle est du même ordre de grandeur que la rotation des occipito-antérieures évoluant en O.P.

Il est à noter — et notre statistique le confirme — que les O.S. peuvent provenir aussi bien des positions antérieures que des variétés postérieures.

2^o) *Dégagement proprement dit.*

Suivant l'évolution de l'occiput en arrière ou en avant, le mécanisme du dégagement sera différent. Pour les O.P., on rentre dans le cas des occipito-antérieures et l'accouchement se termine de la même façon. Pour les O.S., l'occiput, qui, pour apparaître à la vulve, doit accomplir un trajet de 20 à 25 cm., ne sort plus le premier : le synciput sort avant lui ; par déflexion légère, le front se dégage et la racine du nez vient se placer sous le bord inférieur de la symphyse pubienne. Puis, autour de la racine du nez, immobilisée sous le pubis, la tête effectue un mouvement de flexion. L'occiput distend et balaie la partie postérieure du bassin mou ; il traverse l'orifice vulvaire en même temps que les bosses pariétales et se dégage à la commissure postérieure de la vulve. C'est donc la circonférence occipito-frontale plus grande que la circonférence sous-occipito-frontale qui franchit les divers étages du bassin mou, ce qui expose davantage aux déchirures périméales.

Quand l'occiput s'est dégagé à la vulve, la tête se défléchit brusquement autour de la fourchette vulvaire et tombe au-devant du périnée. Le dégagement de l'occiput se prépare donc par flexion accentuée et se termine par déflexion. Après la région occipitale se dégagent successivement le nez, la bouche et le menton.

Jusqu'à Mme La Chapelle, la plupart des auteurs pensaient que les occipito-postérieures tournaient

en occipito-sacrées et considéraient l'évolution en pubienne comme l'exception. Depuis, cette opinion s'est peu à peu réformée et depuis Cazeaux on sait que la rotation en pubienne est la règle.

La plupart des chiffres donnés par les auteurs sont concordants. Cazeaux, Tarnier, Demelin et Devraigne, Jeannin donnent le chiffre de 2 % d'occipito-sacrées sur l'ensemble des présentations du sommet.

La thèse de Bataillard, la statistique de Bataillard et Varnier indiquent que 1,93 % des occipito-postérieures évoluent en occipito-sacrées. Paucot et Vauverts admettent dans 1 % des cas la rotation des postérieures en sacrées.

La statistique de Merken est, une fois de plus, en contradiction avec celles ci-dessus énumérées.

En effet, sur 100 occipito-iliaques postérieures qu'il a étudiées en détail, 43 ont évolué en O.S., tandis que 57 évoluaient en O.P. Il nous explique encore le pourquoi de ces différences.

« Supposons que sur nos 851 O.I.D.A. + 71
« O.I.D.P. = 922 O.I.D. (29,20 %), 778,20 (24,65 %)
« soient des O.I.D.P., l'évolution en O.S. n'en re-
« monterait pas moins à 23 cas (2,95 % applications
« de forceps comprises) ou à 17 spontanées (2,18 %).

« Supposons la même erreur pour nos 2.229
« O.I.G.A. + 29 O.I.G.P. = 2.258 O.I.G. (65,92 %),
« c'est-à-dire que 175,01 (5,11 %) soient des O.I.G.P.,
« l'évolution en O.S. se serait faite dans 20 cas
« 11,37 %) ou 17 si l'on excepte les applications de
« forceps (9,71 %). Soit pour un total de 778,20

« + 175 = 953,2 positions postérieures, l'évolution
« se serait faite en O.S. dans 14,33 % des cas, ou si
« l'on veut excepter les dystocias, dans 11,89 % au
« lieu de 1,90 % des cas. Les chiffres de Bataillard
« et Varnier restent largement dépassés ».

Il nous signale aussi que ce sont surtout les gauches postérieures qui évoluent en O.S., puisque, sur 29 cas, 20, dont 17 spontanément, évoluent en O.S., alors que sur 71 droites postérieures, 23 seulement prennent cette direction.

Voici maintenant les chiffres que nous a donnés notre statistique :

72 occipito-sacrées dont 46 spontanées pour 1.812 occipito-postérieures et pour un total de 6.442 présentations du sommet, ce qui nous donne 3,97 % d'O.S. vis-à-vis des postérieures et 1,11 % sur l'ensemble. Ajoutons que sur ces 72 occipito-sacrées 12 provenaient de positions gauches antérieures, 9 de gauches postérieures, 37 de droites postérieures, 13 sont restées indéterminées quant à leur position primitive. Nous résumerons d'ailleurs ces 72 cas dans un tableau récapitulatif, mais notons déjà que sur 25 gauches postérieures que nous avons relevées, 10 ont évolué en O.S., dont 6 spontanément et 4 au forceps, tandis que sur 1.787 droites postérieures nous n'avons trouvé que 37 évolutions en O.S. dont 28 spontanées.

Ces résultats, sans être de l'ordre de grandeur de ceux de M. Merken, s'en rapprochent par ce fait qu'ils indiquent une tendance à évoluer en sacrée,

beaucoup plus marquée chez les gauches postérieures que chez les droites postérieures. Par contre, nous trouvons l'évolution en sacrée moins fréquente chez les primipares que chez les multipares, alors qu'il signale le contraire, confirmant l'opinion de Gilliat.

La conformation du bassin a-t-elle une influence sur l'évolution en O.S. ?

C'est la question que s'est posée M. Merken. Il est arrivé à cette conclusion que : « La proportion des « différents bassins est à peu de chose près la même pour les deux évolutions en O.S. et en O.P. « Tout au plus, pourrait-on invoquer en faveur des « rotations en O.P. l'action favorable des grands « bassins, tandis que ce serait surtout les bassins « normaux et les bassins généralement rétrécis qui « favorisent l'évolution en O.S. ». Et il termine par ceci : « La rotation en O. S. est favorable dans la plupart des cas alors que la rotation en O. P. affectionne plutôt les grands bassins ».

Dans notre statistique nous trouvons 18 bassins généralement rétrécis sur 1.812 variétés postérieures. Une seule fois la rotation s'est produite en O.S. Par contre nous trouvons que dans 4 bassins cyphotiques la rotation en sacrée s'est produite 3 fois dont 2 fois spontanément.

Durée du travail

La durée de l'accouchement est plus longue dans les variétés postérieures que dans les antérieures.

Tous les auteurs l'ont successivement remarqué, comme nous le disions dans notre Historique. Citons seulement cette phrase de Tarnier et Budin (Traité de l'Art des accouchements) : « La présence de l'occiput en arrière est une des causes les plus fréquentes de la prolongation du travail ; en général, celui-ci dure 4 à 5 heures de plus que dans les occipito-antérieures ».

Nous citerons à l'appui de cette donnée les thèses de Bataillard et de Mlle Botkowskaïa.

Statistiques de Bataillard donnant le temps moyen du travail :

Primipares antérieures : 11 h. 11.

Primipares postérieures : 14 h. 22.

Multipares antérieures : 6 h. 42.

Multipares postérieures : 7 h. 50.

Mlle Botkowskaïa dit dans ses conclusions : « La durée du travail est beaucoup plus prolongée que dans les positions antérieures puisque nous trou-

vons une durée de 21 h. 30 pour les primipares et de 13 h. 30 pour les multipares.

M. Merken trouve que « la durée du travail est
« sensiblement la même lorsque l'évolution se fait
« en occipito-pubienne et lorsqu'elle a lieu en occi-
« pito-sacrée à condition de ne considérer que le
« travail de moins de 14 heures. Au delà, la répar-
« tition aux longues durées de travail est plus accu-
« sée pour les occipito-sacrées. Il faut admettre que
« dans 13,93 % des cas environ le travail pourra du-
« rer au-delà de 32 heures alors qu'en occipito-pu-
« bienne cela ne se verra que pour 5,25 % des cas ».

Nous avons trouvé dans notre statistique que la durée moyenne du travail est la suivante :

Primipares antérieures : 12 h. 54'.

Primipares postérieures : 15 h. 40'.

Multipares antérieures : 8 h. 13'.

Multipares postérieures : 9 h. 15'.

Nous avons vu le travail durer plus de 32 heures : 12 fois sur 72 occipito-sacrées soit 16,66 %, tandis que ce fait ne s'est produit que 61 fois sur 1.740 postérieures ayant tourné en pubienne, soit 3,50 %.

La durée moyenne du travail dans les 72 O. S. en question, a été de 16 h. 57' ce qui n'est pas énorme étant donné que sur les 72 parturientes, 32 étaient des primipares, que 12 fois le travail a duré plus de 32 h. atteignant, comme on peut le voir sur le tableau des O. S. plusieurs fois 70 h., 98 h. et même 100 heures.

Quelle peut bien être la cause de cette prolonga-

tion du travail ? Elle ne réside pas, contrairement à ce que l'on pourrait penser à priori, dans le plus grand trajet que doit parcourir l'occiput lorsqu'il fait sa rotation pour aller en O. P. La prolongation du travail, dans ce cas, est due à une plus grande lenteur de la dilatation du col et de la descente de la tête dans l'excavation, par suite de l'insuffisante flexion de la tête. On note du reste, qu'à partir du moment où la flexion se complète, le travail s'accélère. Pour les occipito-sacrées, la longue durée tient surtout à la période du dégagement.

Mode de terminaison et pronostic

On considère habituellement que l'accouchement spontané est un peu moins fréquent dans les variétés postérieures que dans les antérieures mais on est loin d'être aussi pessimiste que les anciens qui considéraient l'intervention comme la règle presque fatale.

A l'heure actuelle, on admet une différence de 3 à 6 % entre les chiffres indiquant la terminaison spontanée de l'accouchement dans les antérieures et dans les postérieures.

Bataillard donnait 93,67 % pour les postérieures contre 96,370 % pour les antérieures.

Merken trouve que 80 % des cas (35 sur 43) évoluant en O.S., aboutissent à un accouchement spontané.

Nous trouvons que 91,95 % des postérieures, contre 94,73 % des antérieures accouchent spontanément, soit une différence de 2,78 % qui est en somme bien minime.

Nous avons relevé 144 applications de forceps pour 1.812 occipito-postérieures dont :

114 applications sur 822 primipares soit 13,87 %.

32 applications sur 990 multipares, soit, 3,23 %.

Comparativement nous signalons les 244 applications de forceps faites sur des occipito-antérieures.

187 applications sur 2.033 primipares, soit, 9,02 %.

57 applications sur 2.597 multipares, soit, 2,19 %.

On voit, par ces chiffres que les variétés postérieures sont loin d'être « les positions mauvaises » des anciens auteurs et qu'à vrai dire, elles sont dans leur ensemble d'un pronostic à peu près semblable à celui des antérieures quant aux interventions. Nous résumons plus loin, dans un tableau, les applications de forceps faites sur ces variétés.

Le pronostic pour le périnée est, pour M. Merken, le suivant : l'évolution en O.P. donne 50 % de périnées intacts alors que l'évolution en O.S. en atteint plus ou moins gravement 61,27 %. Il admet donc un nombre plus considérable de lésions quand l'évolution se fait en occipito-sacrée (11 % en plus).

Dans les antérieures nous avons trouvé 17,32 % de déchirures contre 19,69 % chez les postérieures.

Le décompte s'en établit ainsi :

Primipares :

Antérieures : 24,01 %.

Postérieures : 25,90 %.

Multipares :

Antérieures : 9,68 %.

Postérieures : 10 %.

Pour les O.P. (provenant de postérieures) nous trouvons 18,79 % de périnées déchirés.

Pour les O.S. (provenant de postérieures) nous trouvons 40 % de périnées déchirés, résultats intéressants à comparer avec ceux du D^r Merken.

Quant aux épisiotomies pures sans déchirures altérieures, M. Merken trouve : pour les O.S. : 29,54 % et pour les O.P. = 12,06 % d'épisiotomies. Il les pratique le plus souvent possible, quand il craint une déchirure du périnée et déclare que chez les primipares on doit systématiquement faire l'épisiotomie prophylactique.

Nous trouvons que sur 4.630 variétés antérieures on a dû faire 54 épisiotomies, soit 1,16 %.

Dans les postérieures évoluant en O.P. 28 épisiotomies ont été pratiquées, soit 1,55 % (de peu supérieur au précédent).

Dans les dégagements en O. S. nous avons 13 épisiotomies sur 72 cas, soit 18 %.

Nous avons aussi remarqué que dans les postérieures on avait dû pratiquer plus fréquemment que dans les antérieures, des incisions du col.

12 incisions du col pour 1.812 postérieures = 0,66 %.

10 incisions du col pour 4.630 antérieures = 0,21 %.

En un mot, 3 fois plus dans les postérieures que dans les antérieures.

Quant à l'enfant il ne paraît guère plus en danger dans les occipito-postérieures. Nous trouvons 102 morts dont 47 avant le travail (dans les antérieures) 55 morts semblent dues au travail, soit 8,19 %. Pour les postérieures, 54 enfants sont morts dont 33 pendant le travail, soit 1,82 %, chiffre légèrement supérieur.

De même, pour les enfants à ranimer :

Dans les variétés antérieures, 94, soit 2,03 %.

Dans les variétés postérieures, 52, soit 2,86 %.

Le pronostic pour l'enfant est donc pratiquement aussi bon que pour les antérieures.

LES OCCIPITO-SACRÉES

Numéros	Parité	Poids de l'enfant	Durée de l'accouchement	INTERVENTION	PÉRINÉE	Etat de l'enfant	
15 positions primitives indéterminées							
1	I	2 480	2h 15		1 crin	vivant	
2	I	2 830	25 »		2 crins-épis)	vivant	
3	I	3.550	27 »		intact	vivant	
4	I	1.200	8 15				
5		1.700	8 30		intact	vivants	grossesse triple, 2 dégagements en OS, un en OP.
6	I	2.690	9 »		écaillure	vivant	vagin double 2 cols, incision de la cloison
7	I	3.450	24 »	forceps en OS	incomplet	vivant	
8	I	3.450	18 »	forceps en OS	intact	vivant	
9	I	3.200	21 45	forceps en OS	écaillures	vivant	
10	II	3.650	3 30		2 crins	vivant	
11	II	3.020	13 »		intact	vivant	
12	II	2.520	2 10		intact	vivant	
13	II	3.180	1 50		intact	vivant	
14	IV	3 000	6 15		intact	vivant	
15	III	3.500	38 30	forceps en OS	É ISIOTOMIE : 3 CR.	ranimé	

10 variétés gauches postérieures primitives

1	I	3 780	8h 5		intact	vivant	
2	I	2 770		forceps en OS	épisiotomie	vivant	
3	I	3.850	33 »	forceps en GP	1 crin épisiotomie périnée complet	vivant	dégagement en OS
4	I	3.600	19 »	forceps en OS	épisiotomie double	vivant	incision du col rotation et dégagement OP.
5	I	2.890	6 »	forceps en GP	1 crin	ranimé	dégagement en OS
6	II	3.970	21 40		écaillures	vivant	femme accouchée seule.
7	II	3.770	27 40	forceps en GP	épisiotomie 2 catguts 3 crins	vivant	dégagement en OS
8	III	3.820	27 40		1 crin	vivant	
9	III	2 800	7 15	forceps en GP	intact	vivant	
10	IV	3.000	4 »		intact	vivant	gross. gemellaire

LES OCCIPITO-SACRÉES

Numéros	Parité	Poids de l'enfant	Durée de l'accouchement	INTERVENTION	PÉRINÉE	Etat de l'enfant	
39 variétés droites postérieures primitives							
1	I	2.800	14h 20		intact	vivant	
2	I	2.860	14 »		1 crin	vivant	
3	I	1.975	14 »		intact	vivant	
4	I	3.250	22 15		épisiotomie bilatérale	vivant	gross. gemellaire
5	I	2.850	6 45		1 crin	vivant	
6	I	2.880	11 35		éclatement grande lèvre droite	vivant	gross. gemellaire
7	I	3.220	11 10		intact	vivant	
8	I	2.550	8 10		1 crin	vivant	
9	I	3.080	37 45	forceps en OS	épisiotomie bilatérale	mort apparente	enfant ranimé
10	I	3.600	8 15	forceps en OS	intact	vivant	
11	I	2.460	2 45	forceps en OS	intact	mort	placenta praevia
12	I	2.300	19 5	forceps en DP	éraillures	vivant	dégagement en OS
13	I	3.380	6 5	forceps en DP	intact	vivant	
14	I	4.150	98 30	forceps en OS	intact	mort apparente	enfant ranimé
15	I	3.000	22 »	forceps en DP	éraillures	vivant	dégagement en OP
16	I	3.700	36 30	forceps en DP	2 crins	vivant	dégagement en OS
17	I	2.530	4 »	forceps en DP	2 catguts	vivant	dégagement en OS
18	I	3.260	36 »	forceps en DP	épisiotomie 2 catguts 2 crins	vivant	incision du col dégagement en OS
19	II	3.000	16 30		intact	vivant	
20	II	2.050	1 30		intact	vivant	
21	II	3.400	8 20		intact	vivant	
22	II	1.950	4 30		intact	mort	gross. gemellaire
23	II	3.500	3 15		intact	vivant	
24	II	4.370	10 »		intact	vivant	
25	II	2.990	23 »		1 crin	vivant	
26	II	3.600	12 25	forceps en DP	épisiotomie	vivant	dégagement en OS
27	II	2.750	100 »	forceps en DP	intact	vivant	dégagement en OS
28	II	2.850	36 40	forceps en DP	intact	ranimé	dégagement en OS

LES OCCIPITO-SACRÉES

Números	Parité	Poids de l'enfant	Durée de l'accouchement	INTERVENTION	PÉRINÉE	Etat de l'enfant	
29	II	3 600	36 ^h »	2 forceps en DP., sans résultat	intact	mort	accouchement spontané
30	III	2.450	6 5		intact	vivant	
31	III	3 520	3 35		intact	vivant	
32	III	3 180	12 10		intact	vivant	
33	III	3.630	2 45		intact	vivant	
34	III	3 300	8 30		1 crin	vivant	
35	III	2.440	12 »	forceps en OS	épisiotomie bi latérale	mort	procidence des 2 pieds et du cordon
36	IV	2.070	5 »		intact	vivant	
37	IV	3.950	7 »		intact	vivant	
38	IV	3.600	9 40		intact	vivant	
39	VII	3.200	6 15		intact	vivant	

13 variétés gauches antérieures primitives

1	I	1.960	5 ^h 45		intact	ranimé	gross. gémellaire
2	I	2.600	21 »		intact	vivant	
3	I	2.460	3 »		intact	vivant	
4	I	3 450	9 »		intact	vivant	
5	I	3.300	69 30	forceps en OS	épisiotomie	mort apparente	enfant ranimé
6	I	2 920	54 30	forceps en OS	épisiotomie bi-latérale	vivant	
7	II	3.050	3 5		intact	vivant	
8	II	2.870	6 15		intact	vivant	
9	II	3 050	6 10		éraillures	vivant	
10	II	2.770	5 »		intact	vivant	
11	II	3.450	70 »	forceps en GA	intact	vivant	symphyséotomie dégagement en OS
12	III	3.600	3 40		intact	vivant	
13	IV	2.460	3 10		intact	vivant	

FORCEPS DANS LES VARIÉTÉS POSTÉRIEURES

Prise en position	PRIMIPARES			MULTIPARES		
	N ^{bre}	Dégagement OP	Dégagement OS	N ^{bre}	Dégagement OP	Dégagement OS
OP.	40	40	0	10	10	0
OS.	10	2	8	3	1	2
GP.	4	3	1	2	1	1
GT.	3	3	0	1	1	0
GA.	0	0	0	1	0	1
DP.	36	28	8	9	5	4
DT.	12	12	0	4	4	0
DA.	9	9	0	2	2	0
TOTAUX.	114	97	17	32	24	8
DÉCHIRURES.	51	40 = 41.23%	11 = 64.70%	10	7 = 29.61%	3 = 37.50%
EPISIOTOMIES.	15	9 = 9.28%	6 = 35.29%	5	2 = 8.33%	3 = 37.50%

Nous n'avons tenu compte, pour l'établissement de nos statistiques que des cas où les enfants pesaient au moins 2.000 gr. C'est pourquoi, si nous mentionnons sur nos tableaux d'occipito-sacrées 77 cas, nous ne tablons que sur 72 dans le reste de notre travail. Nous avons publié ces 5 cas supplémentaires à titre de curiosité, 2 d'entre eux proviennent d'une grossesse triple et les 3 autres de grossesses gémellaires.

Conduite à tenir

Dans la majorité des cas, la plupart des accoucheurs s'en tiennent à l'expectation. D'autres croient qu'il est utile d'intervenir.

Nous ne signalerons que pour mémoire les tentatives de rotation faites au cours de la grossesse par des manœuvres externes. Leur réussite semble fort aléatoire.

Velpeau conseillait aussitôt après l'écoulement des eaux de faire exécuter à la tête un mouvement de rotation. Pour cela, dans l'intervalle des contractions il glissait deux doigts soit au-devant du sacrum pour repousser l'occiput en avant, soit derrière le pubis sur le côté du front pour porter celui-ci en arrière.

Tarnier est parvenu à produire cette rotation par un procédé qui porte son nom : sa manœuvre manuelle consiste à introduire un ou deux doigts en avant et en haut dans le sillon rétro-auriculaire antérieur du fœtus (c'est la main gauche qui sert dans les cas d'O I D P et la main droite dans les cas d'O I G P). Dès qu'apparaît une contraction on appuie fortement sur la région mastoïdienne de façon

à la faire tourner en avant, du côté de la symphyse. La contraction finie, le doigt cesse sa pression tout en restant en place pour recommencer à la douleur suivante. Ainsi s'opère la rotation en plusieurs temps.

Tarnier fait remarquer que bien souvent c'est à sa première tentative qu'il obtient la rotation artificielle de la tête. Cependant, M. Demelin dit qu'il n'est pas rare de voir une tête dont on a obtenu la rotation retourner à sa position primitive dès qu'on ne la maintient plus.

A Lariboisière nous n'avons jamais vu faire par M. Devraigne, de manœuvre manuelle. Cependant dans certaines Maternités parisiennes, à Baudelocque par exemple, on pratique fréquemment la rotation artificielle de la tête par manœuvre manuelle.

M. le D^r Merken dit que pour les cas publiés dans sa statistique, aucune manœuvre manuelle n'avait été tentée.

Dans notre relevé nous avons remarqué qu'une seule manœuvre avait été tentée et avait été couronnée de succès.

Pour la plupart des auteurs, lorsque l'accouchement ne se fait pas spontanément, on traîne par trop longtemps, le procédé de choix est l'application de forceps, mais les avis diffèrent quant à la position de préhension de la tête et quant à la rotation qu'on doit lui faire subir.

Les uns, avec les Professeurs Pinard, Couvelaire, Vanverts et Paucot, n'appliquent jamais le forceps

dans les variétés obliques postérieures. Ils s'appuient sur le dire suivant : ou bien la tête qui se trouvait en variété oblique postérieure a ébauché sa rotation et s'est placée en position transversale avant l'application du forceps ; ou bien c'est la main qui, introduite derrière la tête en oblique postérieure, pour placer la 1^{re} cuiller, provoque volontairement ou involontairement le même commencement de rotation et la même transformation de variété oblique postérieure en variété transversale. Pour ceux qui prennent la tête en postérieure il y a 2 lignes de conduite possibles. Les uns avec les anciens classiques ramènent systématiquement la tête en position pubienne chez les primipares afin d'éviter, dans la mesure du possible, des déchirures du périnée. Chez les multipares ils dégagent, soit en occipito-pubienne, soit en occipito-sacrée.

Les autres — à la suite du Professeur Bar — par peur des attritions des parties molles maternelles dues à la grande rotation en pubienne chez les primipares, dégagent systématiquement en sacrée. Chez les multipares ils effectuent la rotation soit en pubienne soit en sacrée.

Notre maître, M. Devraigne, suit volontiers cette deuxième conception mais pas de façon aveugle ou systématique. Quand, après avoir fléchi la tête il éprouve pour tourner en O. S. l'ombre d'une difficulté il n'hésite pas à faire la grande rotation en pubienne.

M. Merken, à la fin de son article sur les occipito-

postérieures, nous indique la technique qui est la seule appliquée par le P^r Rossier à la Maternité de Lausanne.

Se basant sur ce fait que plus de 80 % des cas qu'il a examinés (35/43), évoluant en O.S., aboutissent à un accouchement spontané, que, d'autre part, l'accouchement par rotation en O.S. lui paraît aussi favorable que celui par rotation en O.P., *il applique le forceps comme pour une antérieure et effectue la rotation comme pour une antérieure.* « C'est la direction de la suture sagittale qui fait la position, droite ou gauche, dit-il. Les mouvements de traction devront seulement être exécutés de manière à compléter l'hyperflexion de la tête, et l'on décidera à temps de l'épisiotomie prophylactique ».

En un mot, il dégage systématiquement en position sacrée. Il termine son étude par cette phrase : « Il est donc plus rationnel d'imiter la nature, cette sage-femme invisible, que d'introduire des procédés opératoires compliqués et dangereux tels que la flexion ou la rotation manuelle de la tête, tels surtout que la double application du forceps ».

Dans notre tableau des forceps sur les variétés postérieures, nous avons relevé que sur les 51 forceps exécutés en position oblique postérieure 6 G. P. + 45 DP) 37 fois on a effectué la grande rotation en pubienne (4 gauches, + 33 droites). La proportion des déchirures du périnée et des épisio-

tomies a été beaucoup moins forte que pour les 14 cas où l'on a dégagé en O.S.

Nous ne pourrions terminer cette étude sans dire un mot de la position décrite par notre maître avec la collaboration de M. Descomps, position de flexion et d'abduction moyenne des cuisses et d'extension complète des jambes, qui agrandit les diamètres bisciatiques et interischiatiques, ce qui augmente un peu le détroit moyen et notablement le détroit inférieur dans le sens antéro-postérieur. Cette position peut rendre d'importants services dans le cas qui nous occupe, toutes les fois où la rotation spontanée en pubienne s'effectue mal et surtout dans le cas de gros enfants. Mais elle rend encore des services plus appréciables quand, lors d'une application de forceps en postérieure ou en transverse, on éprouve de la difficulté à faire tourner l'occiput en pubienne.

Que de fois n'avons-nous pas vu l'application de cette méthode couronnée de succès. Une fois même, nous avons pu voir, alors qu'on venait de décider l'application du forceps, l'accouchement se terminer spontanément dès la mise en position de Devraigne et Descomps de la parturiente.

Nous avons noté que, dans 55 % des cas, on avait employé cette méthode pour des positions postérieures et presque toujours il s'agissait — sauf 3 fois où le bassin était généralement rétréci — d'enfants pesant plus de 4.000 grammes.

Conclusions

(d'après nos statistiques)

1° Les variétés occipito-postérieures existent dans 28, 11 % des présentations du sommet.

2° L'accouchement est plus long que dans les variétés antérieures, en moyenne : 2 h. 46' de plus pour les primipares et 1 h. 02' pour les multipares.

3° Les applications de forceps sont plus fréquentes : 8,05 % au lieu de 5,27 %.

4° Les déchirures du périnée sont un peu plus fréquentes : 19,69 % au lieu de 17,32 %.

5° Le nombre des enfants morts au cours du travail est légèrement supérieur : 1,82 % au lieu de 1,19 %.

6° Le nombre des enfants à ranimer est aussi plus important : 2,86 % au lieu de 2,03 %.

7° La position occipito-sacrée se rencontre dans

3,97 % des postérieures et dans 1,11 % de l'ensemble des présentations du sommet.

8°) 46 fois sur 72, nous avons vu l'évolution et l'accouchement en O.S. se faire spontanément. Le forceps a été nécessaire dans 36, 11 % des cas.

9°) Dans le cas d'application de forceps dans les variétés transverses et obliques postérieures, la rotation est beaucoup facilitée en plaçant la parturiente dans la position de Devraigne et Descomps.

Vu, le Doyen,

Vu, le Président,

ROGER.

COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

Bibliographie

1. AUVARD. — Traité pratique d'accouchement.
2. BATAILLARD. — Etude statistique et clinique sur la durée et le pronostic du travail, le mode de terminaison et d'intervention dans les variétés postérieures de la présentation du sommet. — Thèse de Paris 1888-91.
3. BAUDELLOCQUE. — Art des accouchements, Paris 1715.
4. BOGGS (G. W.). — Some remarks relative to posterior positions of the occiput in labour. — Montreal M. J. 1900 XXIX, 347-349.
5. BOTKOWSKAIA (Mlle). — Des occipito-postérieures. — Thèse de Paris (1896-97).
6. BUDIN. — Obstétrique et gynécologie, 1886.
7. BUDIN et CROUZAT. — Pratique des accouchements, Paris.
8. CAPURON. — Cours théorique et pratique d'accouchements.
9. CAZEAUX. — Traité théorique et pratique de l'art des accouchements.
10. CORBIÈRE. — Etude statistique sur les présentations du sommet (variétés postérieures) au point de vue de la fréquence et du pronostic. — Thèse de Paris (1894-95).
11. DEMELIN-DEVRAIGNE. — Manuel de l'accoucheur, 1924.
12. GILLESPIE. — Occipito posterior positions of the vertex. — Ann. Jobot Ny. 1901, XLIV, 56, 76.
13. LA CHAPELLE (Mme). — Pratique des accouchements. Paris 1821.
14. MAYGRIER. — Des positions occipito-postérieures. — J. d. sages femmes, Paris 1902, XXX, 130, 132, 139, 141.

15. MERKEN. — Les occipito iliaques postérieures. — Cyn. et obst.
1926, tome XIV, 405.
16. PAJOT. — Travaux d'obstétrique et de gynécologie.
17. PIREMONT-DESSAIGNES. — Précis d'obstétrique.
18. ROEDERER. — Eléments de l'art des accouchements (trad. franç
Paris 1865)è
19. SMELLIE. — Traité de la théorie et de la pratique des accouche-
ments (tr. fr. 1874).
20. TARNIER. — Accouchements dans les occipito-postérieures. *Se-*
maine méd., 1889.
21. TARNIER et CHANTREUIL. — Traité d'accouchements.



IMP. COMMERCIALE PERRETTE, LIMOGES.



